

## Świadoma zgoda pacjenta na iniekcję doszkliskową Eylea

*Każda interwencja medyczna wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań.*

**Nazwisko i Imię**.....**Pesel:** .....

**Rozpoznanie** – cukrzycowy obrzęk plamki, obrzęk plamki wtórny do niedrożności naczyń żylnych siatkówki , wysiękowa postać zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, pozapalny obrzęk plamki

**Proponowany sposób leczenia** – iniekcja leku do komory ciała szklistego

**Opis zabiegu** - znieczulenie miejscowe, dezynfekcja oka, podanie leku za pomocą igły do wnętrza oka

**Oczekiwane korzyści** – utrzymanie lub poprawa widzenia, zmniejszenie obrzęku

**Ryzyko** – zapalenie wewnątrzgałkowe, wylewy podspojówkowe, uszkodzenie soczewki , uszkodzenie siatkówki, krwawienie wewnątrzgałkowe, przejściowy wzrost ciśnienia śródgałkowego, zamknięcie naczyń na tarczy nerwu wzrokowego, przejściowe pogorszenie widzenia, ślepota, brak efektu

**Powikłania późne** – zapalenie wewnątrzgałkowe, krwawienie wewnątrzgałkowe , jaskra wtórna, odwarstwienie siatkówki, zaćma, tylne odłączenie ciała szklistego, pęknięcie nabłonka barwnikowego siatkówki

**Alternatywne metody leczenia/badania** – laseroterapia siatkówki, terapia werteporfiryną , leki ogólne i miejscowe

**Skutki odmowy** – pogorszenie widzenia

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani/Pana przypadku:

[ ] duże [ ] średnie [ ] ograniczone

**Zgoda na ewentualną konieczność rozszerzenia zabiegu podczas jego trwania**

Tak

Nie

### Pytania Pacjenta

.....

**1. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam\* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam\* poinformowany/na\* o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź.

Data i podpis pacjenta .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis operatora.....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data i godzina i podpis przedstawiciela ustawowego .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji**

Data, godzina i podpis pacjenta .....

Data, godzina i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)